Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der
Universität Kiel

Lane Medical Library

Schizophrene Syndrome bei epileptischen Dämmerzuständen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der hohen Medizinischen Fakultät der
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Vorgelegt von
Heinz Maatz
aus Kiel

Kiel 1935
Buchdruckerei Hugo Herold, Kiel

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der
Universität Kiel

Schizophrene Syndrome bei epileptischen Dämmerzuständen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der hohen Medizinischen Fakultät der
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Vorgelegt von
Heinz Maatz
aus Kiel

Kiel 1935
Buchdruckerei Hugo Herold, Kiel

Nr. 58.
Rektoratsjahr 1934/35.
Referent: Prof. Dr. Stertz.
Korreferent: Prof. Dr. Braun.
Zum Druck genehmigt: Prof. Dr. Schröder, Dekan.

Meinen Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0269

Das Vorkommen schizophrener Syndrome bei epileptischen Dämmerzuständen ist bereits des öfteren beschrieben worden, an Hand zahlreicher eindrucksvoller Fälle vor allem von Raecke und Krapf.

„Es gibt kein schizophrenes Syndrom und keine schizophrene Erscheinungsform, die nicht über eine gewisse Zeit auch in den Ausnahmezuständen der Epileptiker vorkäme." (Krapf.)

Außer zur Bereicherung der Kasuistik sollen die folgenden Fälle vor allem zur Klärung der Frage, auf Grund welcher Umstände es zu dieser Erscheinung kommt, beitragen.

Allerdings sind Fälle, bei denen epileptische und schizophrene Erscheinungen zusammen vorkommen, mit besonderer Vorsicht zu beurteilen, denn es gibt ja grundsätzlich drei Deutungsmöglichkeiten derartiger Mischfälle: Die schizophrenen Syndrome können den epileptischen Dämmerzuständen zugehören, es kann sich 2. um Schizophrenien mit epileptiformen Anfällen und 3. um Kombinationen beider Erkrankungen handeln.

Alle drei Deutungsmöglichkeiten sind in der Literatur vertreten. Von epileptiformen Anfällen bei Dementia präcox ist häufig und mit Selbstverständlichkeit zumal in der älteren Literatur die Rede. Nach neueren Untersuchungen scheinen diese jedoch recht selten zu sein. „Die Unsicherheit der Frage steht für mich in einem gewissen Gegensatz zu der Leichtigkeit, mit der von manchen Seiten das Auftreten epileptiformer Anfälle (bei Dementia präcox) als etwas Geläufiges und Alltägliches hingestellt wird." (Vorkastner.)

Krapf, der die diesbezügliche Literatur einer eingehenden Kritik unterzieht, hält das Auftreten epileptiformer Anfälle im Verlaufe der Schizophrenie für „zum mindesten sehr selten." Er erklärt die frühere Anschauung vor allem durch die damalige Weite der Begriffe „kataton" und „epileptiform". Man sah eben nicht wie heute in dem Begriff „kataton" nur ein Syndrom, das bei den verschiedensten organischen und funktionellen Erkrankungen des Gehirns in die Erscheinung treten kann. So mag manches Katatone, das garnicht zur Schizophrenie gehört,

bei derartigen Fällen einbezogen worden sein. Krapfs Forderungen, daß die Frage an klassischen epileptischen Anfällen behandelt werden, in strittigen Fällen wenigstens ein Anfall vom Arzt beobachtet werden müsse, halten die meisten derartigen Fälle schon nicht stand.

Die Möglichkeit von Kombinationen wird von allen Autoren grundsätzlich anerkannt. Aber auch diese scheinen selten zu sein.

Von Kombinationen in dem Sinne, daß die Krankheitsbilder sich in Entstehung und Verlauf in keiner Weise beeinflussen, sprechen die deutschen Autoren nicht, nehmen vielmehr einen Zusammenhang irgendwelcher Art an.

Zahlreiche als Kombinationen gedeutete Fälle beschreiben vor allem Giese und Vorkastner. Bei etlichen seiner Fälle legt Vorkastner selbst andere Deutungsmöglichkeiten sehr nahe. Krapf lehnt einen Teil der Fälle Gieses und Vorkastners wegen allzugroßer Unsicherheit ab (uncharakteristische Anfälle, zu kurze Beobachtungszeit, Laienbeobachtungen, hysterieverdächtige Fälle), hält die übrigen größtenteils für Epilepsien mit schizophrenen Syndromen und erkennt nur zwei Fälle (Gieses 3. Fall und Vorkastners 1. Fall) mit Vorbehalt als Kombinationen an.

Abgesehen davon, daß also wohl Kombinationen von Schizophrenie und Epilepsie wie auch symptomatische epileptiforme Anfälle bei Schizophrenen sehr selten sind, werden diese Möglichkeiten in den meisten der folgenden Fälle unschwer mit größter Wahrscheinlichkeit auszuschließen sein. Bei differentialdiagnostisch schwierigen Fällen, bei denen es infolge der zum Teil gleichen Symptomatologie beider Erkrankungen nicht möglich ist, mit Sicherheit zu entscheiden, ob ein epileptischer Verwirrtheitszustand, oder z. B. ein katatoner Erregungszustand vorliegt, werden Verlauf und Ausgang entscheiden. Desorientiertheit, konsequente Affektlage, Amnesie wird man vorsichtig für die Diagnose „epileptischer Dämmerzustand" verwerten dürfen. Differentioldiagnostische Schwierigkeiten sind ferner durch Symptom-Aehnlichkeiten gegeben, so kann ein motiviertes Ablehnen und Widerstreben der triebhaften Sperrung beim Negativismus ähnlich sein, große Umständlichkeit bei starker Einengung des psychischen Ablaufs kann Maniriertheiten vortäuschen, hallucina-

tionsbedingte Wiederholungen können den Eindruck von Stereotypien erwecken. Dagegen wird man Sinnestäuschungen mit ausgesprochen physikalischem Erklärungsmechanismus als geradezu spezifisch der Schizophrenie zurechnen müssen.

1. Fall. Fritz G. 49 Jahre.

Ueber Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie des Fritz G. ist nichts bekannt.

Pat. selbst war immer gesund, ein guter Schüler, aber „immer etwas ernst". Er konnte dann seinen Beruf als Feuerwehrmann gut ausüben, war weiterhin gesund, trank nur sehr wenig. Mit 26 Jahren traten bei ihm epileptische Anfälle auf, die sich in unregelmäßigen Abständen wiederholten. („wird zuerst ganz steif, zuckt dann mit den Gliedmaßen, röchelt, hat Schaum vor dem Mund, die Augen sind starr, beißt sich öfter auf die Zunge.") Auch Absencen sollen aufgetreten sein. 1924 häuften sich einmal die Anfälle. Danach „redete Pat. drei Tage irre." (Dämmerzustand.)

1931 wieder Häufung der Anfälle mit Dämmer- und Verwirrtheitszuständen. Daraufhin wird Pat. in die Klinik eingeliefert.

Am Tage der Aufnahme macht Pat. einen benommenen Eindruck, ist verwirrt, desorientiert, schüttet lachend seine Suppe ins Bett. Liegt dann mit gespanntem Gesichtsausdruck, verfolgt zwangsläufig mit den Augen die Vorgänge im Saal, ist mutacistisch, kommt oft aus dem Bett, steht in steifer Haltung da, geht dann wieder zurück, zeigt kataleptische Haltungen und Befehlsautomatie.

Nachmittags gibt Pat. sehr langsam auf wiederholtes Fragen seine Personalien richtig an, ist örtlich und zeitlich orientiert.

Am Tage nach der Aufnahme ist Pat. völlig frei. An den Zustand der letzten Tage besteht nur traumhafte, lückenhafte Erinnerung.

Pat. macht nunmehr mit seiner Umständlichkeit, Langsamkeit, seiner pedantischen Art, seiner Reizbarkeit, den Eindruck des typischen Epileptikers.

Daneben charakterisieren ihn Teilnahmslosigkeit, Starrheit und Schweigsamkeit.

Während seines achttägigen klinischen Aufenthaltes hat Pat. zwei epileptische Anfälle.

Wiederum nach gehäuften Anfällen wird Pat. benommen und verwirrt zum zweitenmal in die Klinik eingeliefert.

1. 5. 32. Pat. liegt benommen und ruhig auf der Bahre. Auf die Station gebracht, wird er bald bettflüchtig, aggressiv, verkennt die Situation, ist völlig desorientiert, delirant.

2. 5. Pat. liegt still im Bett, die Augen meist geschlossen. Von Zeit zu Zeit, oft rhythmisch, stößt er den gleichen unartikulierten Laut aus: rö-rö-rö-. Auf Fragen gibt Pat. keine Antwort, einfache Aufforderungen werden befolgt: Zunge zeigen etc.

Nachmittags liegt Pat. in unbequemer Lage im Bett, die Arme werden rhythmisch bewegt, auf Fragen keine Antwort.

3. 5. Weiterhin mutacistisch. Bei passiven Bewegungen der Glieder oft negativistisches Verhalten. Sich selbst überlassen, führt Pat. stereotype Bewegungen aus (Wackeln mit dem Bein, schnauzartige Vorstülpung der Lippen). Mit der Umgebung besteht kein Kontakt.

5. 5. Langsames Abklingen des Zustandes.

6. 5. Pat. ist wieder freier und zugänglich. Für die Vorgänge nach den gehäuften Anfällen besteht vollständige Amnesie.

In der Klinik werden noch zwei typische epileptische Anfälle beobachtet, nach denen Pat. etwas benommen und verwirrt ist.

Es handelt sich somit um einen Patienten, der seit seinem 26. Lebensjahr an Epilepsie leidet, und zwar großen und kleinen Anfällen, denen sich später Dämmerzustände hinzugesellen, und dessen Dämmerzustände zweimal nach besonders gehäuften Anfällen ein katatones Aussehen mit Mutacismus, Autismus, kataleptischen Haltungen, Befehlsautomatie, Negativismus, Maniriertheiten und Stereotypien annehmen.

Anfälle wurden mehrmals in der Klinik beobachtet, sodaß über die Echtheit der Epilepsie kein Zweifel aufkommen kann.

Wie ist das zweimal aufgetretene katatone Zustandsbild zu deuten?

Man wird kaum auf dem Gedanken kommen, daß hier eine Schizophrenie mit epileptiformen Anfällen vorliegen könne. Eine solche ist von vornherein auszuschließen, da die Psychose sich erst einstellte, nachdem die Epilepsie schon über 20 Jahre bestanden hatte. Denn für eine Schizophrenie mit epileptiformen Anfällen ist zu fordern, daß die schizo-

phrenen Syndrome vor, höchstens gleichzeitig mit den Anfällen auftreten. „Ueberhaupt scheint mir die Annahme, daß so schwere Krankheitserscheinungen wie epileptische Anfälle, ohne daß gleichzeitig schwerere psychische Störungen bestehen, oder doch sehr bald nach dem Auftreten der Krämpfe sich einstellen, Symptome einer latenten Schizophrenie sein könnten, mit den klinischen Tatsachen nicht im Einklang zu stehen". (Giese.)

Bei Berücksichtigung der grundsätzlichen Stellungnahme Stranskys zur Frage der kombinierten Psychosen, daß zur Diagnose „Kombination" „vor allem eine gewisse Unabhängigkeit der einzelnen Teilphasen des Gesamtkrankheitsbildes nachgewiesen werden, daß jede der beiden während eines längeren Zeitabschnittes wenigstens in ungetrübter Reinheit nachgewiesen werden müsse", ist in diesem Fall auch die Kombination von Epilepsie und Schizophrenie auszuschließen. Das gänzliche Fehlen schizophrener Syndrome in Zeiten, die frei von epileptischen Erscheinungen sind, das nur zweimalige Auftreten des katatonen Bildes nach einer besonders starken Häufung epileptischer Anfälle mit Zeichen des Dämmerzustandes, und schließlich der Ausgang in denselben epileptischen Defektzustand, wie er vorher bestand, sprechen durchaus gegen die Möglichkeit einer Kombination.

Das Beherrschende in diesem Falle ist die Epilepsie, das katatone Bild tritt im Dämmerzustand auf und ist wohl mit Recht dem Dämmerzustand zuzurechnen.

Bemerkenswert ist, daß dem Patienten neben seinem typisch epileptischen Wesen Züge wie Starrheit, Teilnahmslosigkeit, Schweigsamkeit, Affektarmut eigen sind, daß er schon als Kind „immer etwas ernst" war. Ob diese Züge in Verbindung mit dem schizophrenen Zustandsbild zu bringen sind, soll im Folgenden noch erörtert werden.

Krapf hält schizoide Züge der Kindheit in diesem Zusammenhang für nicht bedeutungslos, verspricht sich positive Resultate hauptsächlich von dem Studium der Erbbiologie. In diesem Falle ist von erblicher Belastung nichts bekannt.

2. Fall. Heinrich K. 34 Jahre.

Ueber den Patienten ist anamnestisch nur wenig zu erfahren. In der Familie sollen keine Nerven- oder Geisteskrankheiten, Trunksucht usw.

vorgekommen sein. Seit 5—6 Jahren bekommt Pat. alle 3—4 Monate epileptische Anfälle. (Vom Arzt beobachtet). Seit 9 Tagen treten die Anfälle täglich auf, seit 2 Tagen besteht bei dem Pat. ein heftiger Erregungszustand, der sich in der Nacht vor Aufnahme in die Klinik zur Tobsucht steigerte. Der einweisende Arzt hat den Eindruck eines katatonen Erregungszustandes gehabt.

23. 6. 29. Pat. wird in schwer benommenem Zustand aufgenommen, kann seinen Namen lallend hervorbringen, antwortet sonst nicht. Liegt dann in unbequemer Haltung im Bett, blickt starr und abwesend.

24. 6. Ist sehr unruhig, wühlt ständig, macht kreisende Bewegungen in steter Wiederholung, redet unverständlich vor sich hin, reagiert etwas auf Anruf.

25. 6. Rollt mit den Augen, ist bettflüchtig, wirft alles durcheinander, rast im Zimmer umher ‚klopft' gegen die Wände.

26. 6. Pat. singt zeitweise vor sich hin, lärmt, lallt vor sich hin, wirft sich hin und her, ist nicht ansprechbar.

27. 6. Gibt langgezogene Töne von sich, spricht etwas verständlicher. Die total sprachverwirrten Aeußerungen des Pat. zeugen von völliger Inkohärenz des Gedankenablaufs.

30. 6. Pat. schlägt in stereotyper Weise gegen das Bett, hört etwas auf Anruf, spricht nach, was er hört, besonders Namen.

1. 7. Sehr laut und unruhig, schlägt um sich, wühlt sich dauernd bloß.

3. 7. Bewegt verkrampft bohrend kreisend Arme und Beine, reagiert nicht auf Anruf.

9. 7. Pat. ist sehr unruhig, reibt mit den Händen Ohren und Lippen wund, reißt sich die Haare aus.

10. 7. Pat. ist matter in seinem Verhalten, atmet fauchend mit offenem Mund. Der Puls ist nicht fühlbar.

11. 7. Exitus unter Cyanose.

Die körperliche Untersuchung hatte keine Ausfallserscheinungen ergeben. Die Herzaktion war beschleunigt, der erste Ton an der Herzspitze unrein.

Sektionsbefund: Am Cerebrum makroskopisch nihil, an den Pulmones zahlreiche Embolien der kleineren Lungenarterien, abgelaufene Endocarditis.

Während seines 18-tägigen Aufenthaltes in der Klinik bis zu seinem Tode befindet der Patient sich in einem Verwirrungszustand mit schwankendem Grade der Bewußtseinstrübung, mit Desorientiertheit, Inkohärenz des Gedankenablaufs und starker motorischer Unruhe, mit kataleptischen Haltungen, Stereotypien, Manieren und Echolalie, also Erscheinungen, die einerseits für den epileptischen Dämmerzustand, andererseits für einen katatonen Zustand charakteristisch sind.

Die Frage, ob es sich hier um eine Schizophrenie mit epileptiformen Anfällen handelt, beantwortet sich nach den oben dargelegten Gesichtspunkten. Handelt es sich um eine Kombination oder um schizophrene Syndrome im epileptischen Dämmerzustand.

Die Differentialdiagnose ist hier schwierig, da der Patient in diesem Zustand ad exitum kommt, ein entscheidender Ausgang in einen epileptischen oder schizophrenen Zustand also nicht eintritt.

Das Auftreten des Zustandes nach gehäuften epileptischen Krampfanfällen spricht jedoch sehr, die Desorientiertheit und Inkohärenz des Gedankenablaufs ebenfalls dafür, daß es sich hier um einen epileptischen Dämmerzustand mit katatonem Zustandsbild handelt.

3. Fall. Hans-I. E. 22 Jahre.

Der Patient leidet seit seinem 10. Lebensjahr an einer genuinen Epilepsie, die bereits zu ganz erheblichen geistigen Veränderungen geführt hat. Er zeigt typische epileptische Wesens- und Charakterveränderungen, ist psychisch hochgradig verlangsamt, umständlich, pedantisch und klebrig, vergeßlich, reizbar und rechthaberisch. Krampfanfälle, schwere und leichtere, auch Absencen, traten draußen und in der Klinik zum Teil gehäuft auf. Wiederholt zeigten sich schwere Dämmerzustände, in denen der Patient vollständig verwirrt, unruhig und zum Teil aggressiv war. Die Familienanamnese zeigt keine Besonderheiten. Pat. selbst war bereits als Kind scheu, reizbar und empfindlich. „Er war von scheuem Wesen, zog sich von anderen zurück. Dabei war er ungeheuer fleißig und sehr ehrgeizig. Auf dem Gymnasium war er jahrelang Primus. Er schloß sich wenig an und galt wahrscheinlich als Streber."

Während seines zweiten klinischen Aufenthaltes zeigt Pat. nach voraufgegangenen schweren Anfällen eine völlige Veränderung seines psychischen Verhaltens. Er wird zunehmend unruhig, pfeift und singt durch-

einander, wiederholt in stereotyper Weise dieselben Redewendungen, geht dabei mit tänzelnden Schritten durch den Saal, eine Hand am Kinn, eine am Hinterkopf, dreht sich dann immerfort im Kreise herum. Im Zimmer klopft er stereotyp gegen die Wände, äußert die Meinung, daß er von einem Patienten hypnotisiert worden sei, und daß Nachteiliges über ihn gesprochen werde.

Im Laufe der nächsten Tage wird Pat. allmählich ruhiger, scheint weniger benommen. Die Stimmung ist teils selbstbewußt gehoben, teils mißmutig und gereizt. Die paranoiden Gedanken hat Pat. in den letzten Tagen nicht geäußert, korrigiert sie aber auf Befragen nicht.

Wenige Tage darauf äußert Pat. wieder Beziehungsideen, glaubt, daß über ihn gesprochen werden, fühlt sich von einem Patienten hypnotisiert. Dadurch werde er gezwungen, sich in der Nähe des Radio aufzuhalten.

5 Tage später: Pat. drängt auf seine Entlassung, ist gegen die Klinik sehr mißtrauisch eingestellt, glaubt, es würden Experimente mit ihm gemacht, er werde unnötig zurückgehalten. Er besitzt keine Krankheitseinsicht, glaubt, bald sein Studium wieder aufnehmen zu können. Auf der Abteilung beschäftigt er sich kaum geistig, spielt höchstens etwas Schach, sonst sitzt er, wenn er seine ruhigen Tage hat, gleichgültig und stumpf herum, läßt sich kaum in eine Unterhaltung ein.

Pat. wird im Wesen unverändert, verlangsamt, umständlich, klebrig nach Haus entlassen. Er äußert, daß die Gedanken ihm in letzter Zeit ungemein schnell durch den Kopf gegangen seien. Er ist nach wie vor davon überzeugt, daß er von anderen Patienten beobachtet worden sei, und daß diese schlecht über ihn geredet hätten. Auch wisse er genau, daß ein hypnotischer Einfluß auf ihn ausgeübt worden sei.

Dies sei bestimmt keine Einbildung. Stimmen habe er in der letzten Zeit nicht gehört. Vor einiger Zeit habe er aber das Gefühl gehabt, als ob aus der Ferne zu ihm gesprochen worden sei.

Nach 12jährigem Bestehen einer sicheren genuinen Epilepsie mit Dämmerzuständen und psychischer Veränderung tritt nach besonders schweren Anfällen ein Verwirrtheitszustand mit motorischer Unruhe, Stereo-

typien und Manieren, Beeinträchtigungsideen und Sinnestäuschungen paranoiden Inhaltes mit zum Teil physikalischem Charakter auf, das Bild eines katatonen Zustandes mit paranoiden Zügen und Sinnestäuschungen. Nach Abklingen dieses etliche Tage dauernden Zustandes zeigt der Patient wieder den epileptischen Defektzustand, wie er vorher bestand. Erinnerung an das Erlebte ist jedenfalls zum Teil vorhanden. Die Kritiklosigkeit des Patienten seinen gehabten Sinnestäuschungen gegenüber muß wohl dem epileptischen Defektzustand zugeschrieben werden.

Nach den oben dargelegten Gesichtspunkten wird man auch in diesem Fall einen epileptischen Dämmerzustand als Grundlage für die schizophren gefärbte Psychose ansehen müssen.

4. Fall. Margarethe W. 43 Jahre.

Anamnese: Der Vater ist ab und zu aufgeregt, die Mutter jähzornig. Eine Schwester leidet an Schizophrenie (1934 in der Kieler Klinik festgestellt.) Pat. hat rechtzeitig Laufen und Sprechen gelernt, hat als Kind keine Krämpfe, Bettnässen und Nachtwandeln gehabt. In der Schule hat Pat. gut gelernt, später ihre Stellungen nicht häufig gewechselt. „Sie war wie andere Kinder".

Mit 33 Jahren bekam Pat. den ersten Anfall mit Zungenbiß und Einnässen, „begann zu stöhnen, knirschte mit den Zähnen und hatte Zuckungen in den Armen." 1924 bekam sie einen Dämmerzustand und wurde in die Klinik aufgenommen. Es handelte sich um einen heftigen Erregungszustand mit angedeuteten Vergiftungs- und Verfolgungsideen. Seit der ersten Aufnahme in die Klinik hatte Pat. alle 3—4 Wochen einen Anfall mit Zuckungen am ganzen Körper, Bewußtlosigkeit und Amnesie. Nach einer Häufung von Anfällen „war nichts mehr mit ihr anzufangen." Sie war sehr gereizt, teils zornig, teils ängstlich, sprach viel von elektrischen Strömen, von denen sie umkreist würde, hörte Stimmen, die über sie sprachen, glaubte sich von Feinden verfolgt.

Bei der Aufnahme am 3. 1. 31 ist Pat. sehr erregt, widerstrebend und aggressiv. Sie ist in dauernder motorischer Unruhe, läuft ängstlich hin und her, es ist kaum möglich, sich mit ihr in Verbindung zu setzen. Auf Fragen redet sie meist vorbei, ist durch Sinnestäuschungen und Wahnideen völlig in Anspruch genommen. Sie hat lebhafte akustische

Hallucinationen, hört die Stimmen ihrer Angehörigen und Bekannten, durch welche sie bedroht und beleidigt wird, fühlt sich durch elektrische Ströme gequält, sie solle getötet und „niedergeschmettert" werden, der Fußboden sei „strömisch", sie könne nirgends hintreten, auch das Bett sei von elektrischen Strömen durchsetzt. Um nicht im Bett liegen zu müssen, legt sie ihre Matratze auf den Fußboden. Gegen die Umgebung ist sie sehr feindselig eingestellt, glaubt sich von allen bedroht.

Die Affektlage ist vorwiegend ängstlich, teilweise zornig gereizt, der Gedankengang ist inkohärent, sehr sprunghaft. Persönlich und örtlich ist Pat. orientiert, zeitlich nur unvollkommen.

In den folgenden Tagen bleibt dieser Zustand bestehen.

6. 1. Pat. hört die Stimmen ihrer Angehörigen: „Jetzt ist sie dran, sterben soll sie!" Ebenso besteht das Gefühl der elektrischen Beeinflussung. Am ganzen Körper fühlt sie ein dauerndes Prickeln, „die Glieder werden zusammengezogen." Sie glaubt, daß das Personal im Saal elektrische Ströme einschalte, um sie zu peinigen.

9. 1. Weiterhin ängstlich und aggressiv, sprunghaft und kaum zu fixieren. Auf die Frage, wie es ihr geht, antwortet sie stereotyp, daß sie Krämpfe habe. Dabei steckt sie regelmäßig die Zunge heraus und zeigt die Bißnarben.

14. 1. Pat. ist wesentlich ruhiger und zugänglicher, gibt an, daß sie noch Stimmen höre.

18. 1. Pat. hat sich jetzt vollkommen beruhigt, ist klar und besonnen, voll orientiert, noch etwas unzufrieden und nörgelig.

24. 1. Pat. ist ruhig, freundlich und zufrieden, beschäftigt sich fleißig. An die Ereignisse vor der Einlieferung hat sie nur eine unklare Erinnerung. Ihr Körper sei eiskalt gewesen, im Kopf habe es gewühlt, sie habe keinen klaren Gedanken fassen können. Als sie sich hinlegte, fing das Bett auch zu wühlen an, als sie ihren Mantel anzog war es, als bekäme sie einen elektrischen Schlag. Sie sei mehr und mehr ängstlich geworden, habe gedacht, es sei jemand hinter ihr her, sie solle beiseite geschafft werden. Das Essen habe auch geschmeckt, als sei etwas dazwischen. In der Klinik hat Pat. gemeint, sie solle sterben, am ganzen Körper habe es gekriebelt, als bekäme sie dauernd elektrische Schläge,

im Saal habe sie ein Knipsen gehört, und habe gemeint, der Strom würde eingeschaltet, sie habe die Stimmen der Angehörigen gehört.

Noch viermal wird die Patientin mit schwerer motorischer Unruhe und ängstlicher Erregung, meist nach vorangegangener Häufung von epileptischen Anfällen in die Klinik aufgenommen. Jedesmal glaubte sie sich verfolgt und bedroht, fühlte sich durch elektrische Ströme stark gequält, hatte lebhafte akustische Hallucinationen, später auch optische (lag auf dem Fußboden und pflückte Blumen, saß im Bett und machte mähende Bewegungen). Der Gedankengang war sprunghaft und zerfahren, die Orientierung auch während der stärksten Erregung leidlich erhalten. Nach Tagen, bezw. Wochen klang jeweils die Psychose ab, Pat. wurde ruhig und geordnet, bot keinen Anhalt mehr für eine schizophrene Erkrankung. Sie hatte lediglich eine sehr lückenhafte Erinnerung an ihre Erlebnisse.

Die Erregungszustände mit den paranoiden Zügen und Sinnestäuschungen treten auch in diesem Fall nach gehäuften epileptischen Anfällen auf, und zwar erst nach jahrelangem Bestehen der Epilepsie. Jedesmal klingt die Psychose nach Tagen bzw. Wochen restlos ab. Nichts ist naheliegender, als die schizophrenen Zustandsbilder den epileptischen Dämmerzuständen zuzurechnen.

Aus der Anamnese des Falles geht hervor, daß der Vater der Patientin ab und zu aufgeregt, die Mutter jähzornig ist, daß eine Schwester an Schizophrenie leidet. Und zwar handelt es sich bei dieser um eine paranoide Form der Schizophrenie, die den in den epileptischen Dämmerzuständen unseres Falles aufgetretenen schizophrenen Syndromen sehr ähnlich ist. Es bestehen Vergiftungsideen, das Gefühl der Peinigung durch elektrische Ströme, die andern Patientinnen „knacken" irgendwie, im Essen seien die Augen ihrer Schwester gewesen. Alle möglichen alltäglichen Dinge des Stationsbetriebes werden in einen abstrusen Wahnzusammenhang gebracht. Den aufregenden Erlebnissen gegenüber fehlt jedoch im Gegensatz zur Patientin unseres Falles der entsprechende Affekt.

Diesen Verhältnissen nach wäre es naheliegend, die schizophrenen Syndrome in den epileptischen Dämmerzuständen unserer Patientin als anlagemäßig begründet aufzufassen, etwa als eine wiederholte, durch die Schädigung gehäufter epileptischer Anfälle hervorgerufene Manifestation einer schlummernden Schizophrenie. Läge jedoch eine derartige Schizophrenie vor, so müßte die epileptische Schädigung wohl vielmehr zu einem regelrechten Ausbruch und Fortschreiten der Erkrankung geführt haben.

Da alles dafür spricht, daß bei der Schizophrenie eine polymere Gen-Konstellation vorliegt, zum Zustandekommen einer Schizophrenie es also eines in Bezug auf die Schizophrenie günstigen Zusammentreffens gewisser Gen-Komplexe bedarf, demnach in manchen Fällen nur zur Entstehung einer Schizophrenie allein nicht geeignete Teilkomplexe als vorliegend anzunehmen sind, möchte ich die Auffassung vertreten, daß bei der Patientin zwar keine zur Entstehung einer Schizophrenie ausreichende Gen-Konstellation vorliegt, sondern vielmehr eine Teilanlage, die sich prozeßhaft, hier im epileptischen Dämmerzustand, manifestiert.

5. Fall. Ernst K. 23 Jahre.

Die Eltern des Patienten sind gesund, ebenfalls 5 Geschwister. Auch in der weiteren Familie sind keine Nerven- oder Geisteskrankheiten, Trunksucht usw. bekannt.

Pat. ist 1. Kind, hat sich normal entwickelt, lernte in der Schule gut, war immer sehr still, für sich allein, hatte wenig Freunde, war zu den Eltern zutraulich und gehorsam, scheu und ängstlich vor Fremden. Mit 15 Jahren kam Pat. in die Lehre als Schiffszimmermann und arbeitete gut.

Mit 12 Jahren beobachtete die Mutter zum ersten Male einen epileptischen Anfall („fiel, als er gerade aufstand, plötzlich hin, blieb liegen und zuckte am ganzen Körper. Nach einigen Minuten kam er zu sich, wußte nichts von dem Anfall.") Derartige Anfälle sind nach Angabe des Patienten in der Schule öfter aufgetreten.

In der Lehrzeit bekam Pat. transitorische psychische Störungen, Beklemmungs- und Angstzustände. Späterhin schlossen sich an diese Zustände große Anfälle oder plötzliches Fortlaufen an. Hinterher bestand

Amnesie. Die Anfälle traten etwa alle vier Wochen auf, vor der ersten Aufnahme in die Klinik etwa alle acht Tage.

Bei der ersten Aufnahme ist Pat. gut orientiert, ruhig, freundlich, höflich, zeigt keine Defekte. Auf der Station hat er wenig Kontakt, ist schüchtern, beobachtet seine Umgebung und beschäftigt sich fast garnicht.

Nach der Entlassung hat Pat. weiterhin große und kleine Anfälle atwa alle 14 Tage.

Bei der zweiten Aufnahme zeigt Pat. sich gegen den ersten klinischen Aufenthalt unverändert. Einige kleine und ein großer Anfall, auch Dämmerzustände werden beobachtet.

Unverändert ist Pat. auch bei der dritten Aufnahme.

An die Anfälle schließen sich jetzt immer mehrtägige Dämmerzustände an. Nach einem Suicidversuch mit Prominaltabletten hat Pat. leichte Vergiftungserscheinungen.

Etwa 14 Tage später bekommt er plötzlich einen akuten Verwirrtheitszustand mit triebartiger motorischer Unruhe, Sprachverwirrtheit und stark wechselnder Affektlage. Bei der daraufhin erfolgten Aufnahme in die Klinik ist Pat. zunächst leidlich geordnet und berichtet von seinem Suicidversuch. Er wollte „Schluß machen", da die Krankheit sich nicht besserte. („Mußte täglich einnehmen und es dauerte Jahre. Ich dachte, es wäre nicht richtig, daß es nicht helfen werde.")

Pat. wird bei dem Bericht plötzlich sehr erregt, schreit, er habe Beklemmungen im Leib, es sei nicht alles heraus, er sei ein Deutscher und habe die deutsche Nation beschwindelt, auch seine Eltern und die Aerzte hier in der Klinik habe er betrogen, er stürzt sich auf die Knie, schreit, läuft dann durch den Saal und ruft laut: „Hurra, ich bin geheilt!" Gleich darauf jammert und weint er, daß die Beklemmungen weiter bestehen. Zwischendurch lacht er wieder.

2. 12. 32. Pat. ist orientiert, macht richtige Personalangaben, wirkt sehr gespannt, wird plötzlich sehr erregt, bettflüchtig.

3. 12. Ist still, beobachtend. Nachmittags wird er plötzlich wieder sehr erregt, kann von drei Pflegern kaum gehalten werden.

4. 12. Pat. ist in mittelschwerem Dämmerzustand, drängt aus der Tür, läuft planlos durch den Saal, bedroht die Pfleger.

5. 12. Ist ruhig, geordnet, noch leicht benommen, sehr langsam, faßt schwer auf, macht verstimmten, mürrischen Eindruck.

9. 12. Pat. ist jetzt völlig klar. An die Vorgänge nach der Aufnahme in die Klinik hat er nur sehr unklare und lückenhafte Erinnerung. Er berichtet, er habe Angst und Wut gehabt, weil die Aerzte ihm mit einem Mikrophon seine Gedanken abgehorcht und entzogen hätten. Das sei ihm sehr unangenehm gewesen. Andere ähnliche Erlebnisse habe er seines Wissens nicht gehabt.

Der Patient hat jetzt volle Krankheitseinsicht. Während des weiteren klinischen Aufenthaltes hat Pat. einige epileptische Anfälle mit nachfolgenden Dämmer- und Verwirrtheitszuständen. Pat. wirkt teilweise gespannt.

Der in diesem Falle nach jahrelangem Bestehen einer Epilepsie mit Dämmerzuständen aufgetretene schizophren gefärbte Zustand mit den paranoiden Sinnestäuschungen kann wohl nur als Dämmerzustand gedeutet werden. (Benommenheit!) Nach abklingender Psychose bestehen weiterhin epileptische Anfälle und Dämmerzustände.

6. Fall. Dorothea J. 36 Jahre.

In der Familie der Patientin sind keine Nerven- oder Geisteskrankheiten bekannt. Ein Bruder ist Trinker, desgleichen ein Großvater. Der Vater hat in der Jugend stark getrunken, war sehr leicht aufgeregt. Die Patientin lernte in der Schule sehr schwer und war immer sehr ängstlich. Als junges Mädchen auf dem Lande war sie vergnügt und arbeitsam, aber immer sehr leicht aufgeregt.

1920 bekam sie epileptische Anfälle, zunächst Petit-mal Anfälle später große Anfälle. Diese traten bis vor zwei Jahren monatlich auf, häuften sich dann während einer Gravidität (2—3 täglich) und führten einen drei Wochen dauernden Verwirrtheitszustand herbei. Danach wurde Gedächtnisschwäche bei ihr bemerkt. Nach den Anfällen traten nun öfter Dämmerzustände auf.

1928 häuften sich wieder die Anfälle. Daraufhin wurde Pat. verwirrt, unruhig, war in der Nacht vor Aufnahme in die Klinik nicht im Bett zu halten, glaubte, ihr Mann wolle sie vergiften, tobte und schlug ein Fenster entzwei.

Pat. ist in der Klinik ruhig, annähernd orientiert, hat keine Krankheitseinsicht, drängt auf Entlassung, für den Zustand vor der Einlieferung besteht völlige Amnesie. Insgesamt wirkt Pat. wie eine schon recht demente Epileptikerin, ist langsam, umständlich, zeremoniell, stumpf und zufrieden, andererseits mißtrauisch, leicht gereizt, manchmal mürrisch und querulierend. An ihren Vergiftungsideen hält Pat. fest, versteckt die Luminaltabletten im Bett, meint dadurch vergiftet zu werden.

In der Klinik werden mehrere große Anfälle beobachtet.

Nach der Entlassung bekommt Pat. alle 8—14 Tage Anfälle mit kurzdauernden Dämmerzuständen. Ihre geistigen Fähigkeiten gehen immer mehr zurück. Sie wird immer vergeßlicher, nachlässiger und primitiver.

Nach erneuter Häufung von Anfällen bekommt Pat. wieder einen Erregungszustand und muß in die Klinik aufgenommen werden.

26. 2. 31. Pat. ist sehr laut, nicht ansprechbar, wehrt sich ängstlich, mißdeutet jede Annäherung im Sinne eines Angriffs.

28. 2. Wehrt sich heftig gegen jede Annäherung, sieht sich dauernd ängstlich um, macht Abwehrbewegungen auch ohne, daß man sich ihr nähert, sodaß man den Eindruck von Sinnestäuschungen hat. Soweit es nachweisbar ist, ist das Bewußtsein getrübt.

2. 3. Pat. verweigert jegliche Nahrung, sagt, man wolle sie nur vergiften.

7. 3. Pat. redet hastig und völlig inkohärent. Soweit man sie verstehen kann, liegen stark ängstlich betonte Beeinträchtigungs- und Vergiftungsideen vor. Sie bittet zwar in stereotyper Weise um etwas zu trinken, gießt es aber, sobald sie es bekommt, aus, bzw. schleudert den Becher gegen das Fenster. Pat. greift an, verteilt Ohrfeigen und Fußtritte.

13. 3. Pat. glaubt, sie solle umgebracht werden, klammert sich fest an, wenn man ihr die Hand gibt, führt impulsive, anscheinend durch Wahnvorstellungen bedingte Handlungen aus, hämmert gegen die Tür, schlägt mit den Armen um sich, redet ununterbrochen vollkommen inkohärent, hochgradig stereotyp,

15. 3. Fühlt sich nach wie vor bedroht, meint, sie müsse sterben.

19. 3. Ist ruhiger und ansprechbar, aber immer noch nicht voll orientiert ,wirkt ängstlich, zerfahren und monoton.

Im Laufe der nächsten Tage bessert sich der Zustand vollends und macht wieder dem nörgelnden, gereizten Wesen der Epileptikerin Platz.

Für die ganze Zeit des klinischen Aufenthaltes besteht Amnesie. Pat hat weiterhin Anfälle.

Bei der Patientin handelt es sich um eine immer dementer werdende Epiliptikerin, deren Epilepsie mit 27 oder 28 Jahren begann und die sich jetzt in großen Anfällen und Dämmerzuständen äußert. Daß die schizophrenen Syndrome (Bild des katatonen Erregungszustandes mit paranoiden Zügen und Sinnestäuschungen) den Dämmerzuständen zugehören, erscheint hier kaum fraglich, da sie nur einige Male in typischen Dämmerzuständen und zwar nur solchen, denen gehäufte Anfälle voraufgingen, auftreten.

Handelte es sich bei den bisher beschriebenen 6 Fällen ziemlich eindeutig um das Auftreten schizophrener Syndrome in epileptischen Dämmerzuständen, so muß der folgende Fall 7 anders beurteilt werden.

7. Fall. Detlef K. 41 Jahre.

Anamnese: Pat. war als Kind leicht gereizt und eigensinnig, lernte in der Schule sehr gut. Später verlor er das eigensinnige Wesen mehr und mehr, arbeitete als Schlosser an mehreren Arbeitsstellen, ohne das irgendetwas vorgefallen wäre. Seit seinem 28. Lebensjahr leidet Pat. an epileptischen Anfällen, die in den letzten Jahren gehäuft auftraten, vier bis fünf Anfälle in der Woche. Den letzten großen Anfall hatte Pat. vor einem halben Jahr. Seitdem traten nur noch Absencen auf und zwar in Zwischenräumen von vier bis sechs Wochen. Der letzte kleine Anfall dieser Art trat etwa einen Monat vor Aufnahme in die Klinik auf. Dämmerzustände hat Pat. angeblich nie gehabt. Die Familienanamnese ist ohne Besonderheiten.

Pat. wird wegen Beeinträchtigungswahnideen in die Klinik gebracht. Er hatte die Wahnvorstellung, daß sein Schwager ihn im Verdacht habe, mit dessen Tochter unsittliche Handlungen vorgenommen zu haben. Das weitere Zusammenleben mit seinem Schwager und seiner Schwester wurde wegen des aufgeregten Wesens des Patienten unmöglich. Pat. zog deshalb auf Anraten nach E., konnte sich jedoch nicht beruhigen, glaubte vielmehr Anlaß zu der Vermutung zu haben, daß der Leiter der Kriegsfürsorgestelle in E. mit dem Schwager unter einer Decke

stecke und danach trachte, ihn in eine Anstalt zu bringen. In einem Brief an diesen schreibt er: Wie Sie mir am 3. 4. sagten, es wäre Verdacht dagewesen. Ich hätte etwas mit meiner Nichte vorgehabt.

Hierüber überreiche ich Ihnen jetzt direkt Aufklärung. Ich habe garnichts vorgehabt, ich glaube auch nicht, daß irgendwie Verdacht dagewesen ist. —

Das Spiel ist aber trotzdem gut gegangen. Wenn ich jemanden zur Seite gehabt hätte, — hätten Sie mit mir garnichts treiben können. —

Es war wie ich Ihnen schon sagte, nur Mittel zum Zweck, um mich durch dummes Benehmen und Redenführen irgendwie einmal zum Auffahren zu bringen.

Es ist wohl Verdacht dagewesen, ich würde meine Invalidenrente bekommen.

Am 20. August sagte ich Ihnen doch auch, ich bekäme die Rente bald. Das Verfahren tät schon ein paar Monate laufen.

Hierbei merkte ich von Ihnen ein ganz lächerliches Behagen.

Ich habe mir gleich gedacht, dies paßt den Herren aber nicht.

Am 20. September haben Sie sich getraut, Ihren besten Kandidaten in Bewegung zu setzen. Dieser Mann war ja vollständig mit Ihnen einig. Hätte ich, an diesem Tag, einen Detektiv bei mir gehabt. —

Dann wäre es ihnen aber gleich gut gegangen.

Herr N. Am 25. 8. bemerkten Sie, zu mir, noch obendrein. P ä h ! h a ! — Zu uns können Sie das Vertrauen haben Herr K.

In Wirklichkeit waren S i e aber wie besessen. — Mitte Oktober waren viele Leute direkt verrannt, — ja wenn ich mit den Leuten in Konflikt gekommen wär, — wär' ich in den Abgrund gekommen. usw.

Aus dem Verhalten eines Gastwirts, dessen Lokal Pat. öfter besuchte, glaubte er auf Anspielungen in dieser Beziehung schließen zu müssen und fühlte sich durch das Personal des Fürsorgeamtes, welches er wöchentlich wiederholt, manchmal sogar täglich stundenlang in Anspruch nahm, verfolgt. Auch war er der Ansicht, daß dieses Personal andere Leute in der Stadt gegen ihn aufhetze. In diesem Verfolgungswahn war Pat. sehr erregt und drohte gewalttätig zu werden. Zur Klärung seiner Sache beschäftigte er wiederholt einen Detektiv.

Während seines 7½ Monate dauernden Aufenthaltes in der Klinik hält Pat. im Wesentlichen an diesen Wahnideen fest, bezieht immer mehr Personen und Ereignisse in sein Wahnsystem ein. Nach und nach werden die paranoiden Ideen inkohärenter, der Affekt läßt mehr und mehr nach, sodaß schließlich ein fixierter, von wenig Affekt getragener, zerfahrener Verfolgungswahn besteht. Eine einmalig geäußerte Korrektur, er könne sich doch vielleicht mit dem Herrn N. getäuscht haben, bringt Pat. flach und ohne rechte Ueberzeugung vor. Wiederholt ist er sehr erregt, greift Aerzte und Pfleger an, verlangt seine Entlassung, hat keine Krankheitseinsicht. Ueber Ort, Zeit und eigene Person ist Pat. dauernd orientiert. Das formale Intelligenzwissen ist leidlich intakt, die Urteilsfähigkeit sehr schwach.

Gegen Ende seines klinischen Aufenthaltes hat Pat. einen typischen epileptischen Anfall. —

Seit 13 Jahren hat der Patient epileptische Krampfanfälle und Absencen, wiederholt häuften sich die Anfälle, Dämmerzustände sind nie aufgetreten. Ohne vorangehende Häufung epileptischer Anfälle, vielmehr nach einem gewissen Rückgang der epileptischen Erscheinungen (seit ½ Jahr sind keine großen Anfälle aufgetreten, nur Absencen alle 4—6 Wochen, treten diese zunächst leidlich geordneten, systematisierten Wahnideen auf, von denen Pat. zunächst stark in Stimmung und Handlungen beeinflußt wird. Im Laufe von Monaten werden die Wahnideen immer zerfahrener und schwachsinniger, der Affekt läßt nach. Ein typischer epileptischer Anfall wird in der Klinik beobachtet. Da somit offensichtlich eine gewisse Unabhängigkeit zwischen der Epilepsie und der paraphren-schizophrenen Psychose besteht, da nichts auf einen epileptischen Dämmerzustand hindeutet, Dämmerzustände noch nie aufgetreten sind, muß wohl in diesem Falle eine Kombination von Epilepsie und Schizophrenie angenommen werden.

Den Fällen 1—6 ist gemeinsam, daß nach jahrelangem Bestehen einer sicher festgestellten Epilepsie (bei Fall 1, 3, 5, 6 Anfälle in der Klinik beobachtet, bei 2 vom Arzt, bei 4 eindeutige genaue Beschreibung und

Zungenbißnarben) mit Dämmerzuständen (in Fall 2 geht dies aus der Anamnese nicht klar hervor) nach gehäuften bzw. schweren Anfällen (Ausnahmefall 5) Dämmerzustände mit schizophrenen Syndromen auftreten, katatone Zustände mit Autismus, Mutacismus, Negativismus, Befehlsautomatie, kateleptischen Haltungen, Manieren, Stereotypien (Fall 1 und 2), Bilder katatoner Erregungszustände mit paranoiden Zügen und Sinnestäuschungen (Fall 3, 4, 5, 6), speziell solchen Sinnestäuschungen mit physikalischem Erklärungsmechanismus. (Fall 3, 4, 5).

Erbbiologisch aufschlußreich ist Fall 4. Das Auftreten einer schizophrenen Erkrankung in der Familie der Patientin legt, wie schon gesagt, die Auffassung nahe, eine wenn auch nur partielle Anlage zur schizophrenen Erkrankung auch bei der Patientin selbst anzunehmen, und das Auftreten der schizophrenen Zustände innerhalb der Dämmerzustände als eine Manifestation derselben aufzufassen. In Fall 6 ist lediglich Trunksucht in der Familie und aufgeregtes Wesen des Vaters bekannt. Alle übrigen Fälle geben erbbiologisch garkeinen Aufschluß.

Eine andere Tatsache, die auf eine derartige Anlage hinweisen könnte, ist das prämorbid schizophrene Wesen. Es ist bekannt, daß die Schizophrenen vor Ausbruch der Erkrankung, also im Kindes- und Jugendalter vielfach eine besondere Artung zeigen. Kräpelin stellte folgende Gruppen auf:

1. Die stillen, scheuen, zurückgezogenen Kinder,
2. die empfindlichen, reizbaren, eigensinnigen,
3. die trägen, arbeitsscheuen, unsozialen,
4. die braven, gutmütigen, lenksamen Kinder.

Giese stellte 3 Gruppen auf, die im Wesentlichen dasselbe sagen wie die Gruppen Kräpelins. Bleuler hält die Reizbarkeit für das wichtigste, auf spätere Schizophrenie hindeutende Symptom.

In den meisten der hier wiedergegebenen Fälle finden sich derartige Züge. Da das prämorbid epileptische Wesen sich jedoch teilweise mit dem prämorbid schizophrenen Wesen deckt, andererseits derartige Züge auch bei Normalen vorkommen, wird das Folgende mit besonderer Vorsicht zu beurteilen sein.

Aus den Anamnesen, zum Teil durch briefliche Anfragen gewonnen und ergänzt, geht Folgendes hervor:

Fall 1: war „immer etwas ernst", lernte in der Schule gut.

Fall 2: anamnestisch ist nichts über die Kindheit des Patienten ausgesagt.

Fall 3: bereits als Kind zurückgezogen und scheu, reizbar und empfindlich. „Dabei war er ungehauer fleißig und ehrgeizig, auf dem Gymnasium war er jahrelang Primus, galt wahrscheinlich als Streber."

Fall 4: war wie andere Kinder.

Fall 5: war immer sehr still, für sich allein, hatte wenig Freunde, war zu den Eltern zutraulich und gehorsam, scheu und ängstlich vor Fremden. Lernte in der Schule gut.

Fall 6: war immer sehr ängstlich und leicht aufgeregt, lernte sehr schwer.

Fall 7: als Kind eigensinnig und leicht gereizt, lernte in der Schule sehr gut.

Der zweite Fall darf wegen seiner unzureichenden Anamnese (Referent kennt den Patienten nicht genau) in diesem Zusammenhang nicht berücksichtigt werden.

In Fall 4 ist auffallendes Wesen in der Kindheit nicht vorhanden. (Dagegen war dieser Fall erbbiologisch aufschlußreich.) Die Angaben der übrigen Fälle lassen sich gut in den Kräpelinschen Gruppen unterbringen und zwar in Gruppe 1 und Gruppe 2 oder 1 und 2.

Da die eigenen Fälle nicht zahlreich genug sind, um Schlüsse daraus zu ziehen, ist es erforderlich, Fälle anderer Autoren in dieser Richtung zu prüfen. Der Erfolg derartiger Nachprüfungen hängt selbstverständlich sehr von der Genauigkeit der betreffenden Anamnesen ab, was von allen Autoren, die sich mit dem Studium früher, auf spätere Schizophrenie hinweisende Züge befaßten, betont wird. „Auch ich machte die Beobachtung, daß je genauer die Anamnese ist, umso größer die Zahl der Abnormen wird." (Giese).

In den Kindheitsanamnesen der Fälle Raeckes heißt es: eigensinnig (Fall 14), auffallend schweigsam (16), stets hitzig und leicht aufgeregt (17), stets sehr reizbar (23, 24), frühes Vagabundieren (25). In den ebenfalls hierhergehörigen Fällen 18, 20, 22 fehlen Angaben über die Kindheit überhaupt. Es kann kaum ein Zufall sein, daß in 6 von 9

hierhergehörigen Fällen Züge wie Eigensinn, Schweigsamkeit, Hitzköpfigkeit, Aufgeregtheit, Reizbarkeit, frühes Vagabundieren, Züge, die sich ohne Schwierigkeiten in die Gruppen Kräpelins oder Gieses einordnen lassen, vorhanden sind, während sie in den übrigen 22 Fällen Raeckes, bei denen es sich um epileptische transitorische Bewußtseinsstörungen ohne Auftreten schizophrener Erscheinungen handelt, ausnahmslos fehlen.

Sämtliche Fälle Krapfs zeigen derartige Besonderheiten in der Kindheit: von jeher ängstlich, empfindlich, eigensinnig (Fall 1), leicht aufgeregt (2), von jeher eigenartig, hielt sich abteits, war sehr empfindlich und schloß sich an niemandem an (3), immer für sich, etwas verschlossen und verträumt, mißtrauisch, gelegentlich boshaft (4), von jeher nervös, reizbar und leicht aufgeregt (5), immer etwas empfindlich (6).

Bei Hinrichsens Fällen 7 und 8, die ebenfalls hierher gehören, ist nur im Fall 7 „schon in der Jugend abnormer Charakter", bei Fall 8 nichts vermerkt.

Zahlreiche Züge schizoider Artung zeigt die Mehrzahl der Fälle Gieses und Vorkastners, die Fälle 1, 2, 3, 5 Gieses und 3, 4, 5, 7, 8, 9 Vorkastners. Da es sich aber nicht um eindeutige Fälle handelt, die von den Verfassern garnicht in dem Sinne „epileptische Dämmerzustände mit schizophrenen Syndromen" gedeutet wurden, sich allerdings zum Teil so deuten lassen, darf ihnen an dieser Stelle keine zu große Bedeutung beigemessen werden.

Sowohl in den eigenen Fällen wie in den Fällen Raeckes und Krapfs, ist die Gruppe der empfindlichen, reizbaren, eigensinnigen Kinder (Gruppe 2) am stärksten vertreten. Ordnet man die Angaben der insgesamt 17 Fälle in die Gruppen Kräpelins ein, so finden sich im einzelnen folgende Werte:

Gruppe 1 ist 2 mal vorhanden,
Gruppe 2 8 mal
1 und 2 zus. 4 mal
Gruppe 3 1 mal
1 und 3 1 mal
1 und 4 1 mal.

Gruppe 2, zum Teil kombiniert mit 1, überwiegt also bei weitem alle andern Gruppen, und innerhalb dieser Gruppe ist es wieder die Reizbarkeit, die im häufigsten genannt wird.

Wie schon erwähnt wird, besteht die Schwierigkeit, daß gewisse Züge sowohl beim prämorbid schizophrenen Wesen, wie auch beim prämorbid epileptischen Wesen vorkommen. Es bedarf einer Gegenprobe dahingehend, ob nicht die gleiche Veranlagung auch in solchen Fällen oft vorkommt, die in ihren Dämmerzuständen keine schizophrenen Syndrome zeigen.

Als eine gewisse Gegenprobe dürften schon die erwähnten 22 Fälle Raeckes gelten.

Bei 10 wahllos herausgegriffenen Fällen von Epilepsie mit Dämmerzuständen erhielt ich folgende Angaben:

1. Fritz B. „war während seiner Kindheit ein leicht erziehbares Kind und hat uns nie Schwierigkeiten und Sorgen gemacht. Wir haben nichts Eigenartiges an ihm bemerkt."

2. Helmut D. „war als Kind lebhaft, freundlich, ja heiter und aufgeweckt, sein Wesen entsprach dem eines normalen Kindes. Er war ruhig und durchaus nicht reizbar, hat alle Streiche, welche unter Kindern üblich sind, mitgemacht. Gutmütigkeit trifft zu, ebenfalls Lenkbarkeit."

3. Rudolf Sch. „war durchaus gutmütig und im allgemeinen lenkbar, alle genannten andern Wesenszüge treffen nicht zu."

4. Walter G. „die angeführten Eigenarten nicht vorhanden, nur Gutmütigkeit. Er war sehr für Geselligkeit und Sport."

5. Erna K. „war als Kind unauffällig, hat in der Schule ganz gut gelernt, ist erst seit Beginn der Krankheit reizbar geworden."

6. Erna B. bis zum Beginn der Krankheit ein gesundes, artiges Kind.

7. Peter P. Keine der genannten Eigenschaften waren ausgesprochen vorhanden.

8. Friedrich D. „für die Kindheit kann ich nur den Ausdruck Musterknabe unterstreichen, alle anderen Eigenschaften fürs spätere Leben."

9. Wilhelm St. „war in der Kindheit still, im Verkehr mit andern Kindern und Personen sehr zurückhaltend, auch in jeder Weise leicht erregbar. Dagegen aber stets sehr fleißig treu und ehrlich, sowie von seltener Gutmütigkeit."

10. Paul P. scheues, träges, eigensinniges, arbeitsscheues Wesen.

Sind in den Fällen 9 und 10 auch Züge vorhanden, die ohne weiteres als prämorbid schizophren bezeichnet werden können, so ist doch die weitaus größte Zahl der Fälle unauffällig. Gutmütigkeit und Lenkbarkeit werden mehrfach betont. In zwei Fällen wird hervorgehoben, daß Reizbarkeit erst nach Beginn der epileptischen Erkrankung auftrat. Fehlt auch die Reizbarkeit nach längerem Bestehen einer Epilepsie selten, so scheint sie doch nicht so sehr dem prämorbid epileptischen Wesen zuzugehören im Gegensatz zum prämorbid schizophrenen Wesen. Dasselbe umgekehrte Verhältnis besteht in Bezug auf die hier hervorgehobene Gutmütigkeit und Lenkbarkeit, die zwar in Kräpelins Gruppe 4 der schizoiden Artung zugerechnet werden, was jedoch im Gegensatz zu den hier besprochenen 17 Fällen steht.

Will man nach diesen Ausführungen anerkennen, daß in den eigenen Fällen wie auch den herangezogenen Fällen anderer Autoren größtenteils schizoide Züge in der Kindheit bestehen, vielfach vermengt mit prämorbid epileptischem Wesen, so kann zum Schluß gesagt werden, daß wie in Fall 4 die Erbbiologie das Vorhandensein einer schizophrenieartigen, zum Ausbruch einer Schizophrenie nicht ausreichenden Gen-Konstellation nahelegte, in den andern Fällen schizoide Züge in der Kindheit auf eine derartige Anlage hinweisen, demnach das Auftreten schizophrener Syndrome in epileptischen Dämmerzuständen als anlagemäßig begründet anzusehen wäre.

Andrerseits kann man die Fälle auch vom Standpunkt der Systemerkrankungen auffassen. Das Auftreten schizophrener Zustandsbilder in den Dämmerzuständen wäre dann als ein prozeßhaftes Uebergreifen auf andre Systeme aufzufassen.

Ich danke Herrn Prof. Dr. Stertz für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit, für die Ueberlassung des Materials und die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung derselben.

Literatur.

Raecke: Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. Halle 1903.

Hinrichsen: Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Irreseins. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 68.

Stransky: Zur Lehre von den kombinierten Psychosen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 63.

Giese: Ueber klinische Beziehungen zwischen Epilepsie und Schizophrenie. Zeitschrift für Neurologie, 26.

Vorkastner: Epilepsie und Dementia präcox. Berlin, Karger 1918.

Krapf: Epilepsie und Schizophrenie. Archiv für Psychiatrie 83.

Lebenslauf.

Ich bin am 23. 10. 1909 als Sohn des Lehrers Richard Maatz in Kiel geboren, besuchte 12 Jahre lang die Oberrealschule I, jetzige Hebbelschule, in Kiel und bestand Ostern 1928 die Reifeprüfung. Anschließend studierte ich 11 Semester Medizin in Kiel, bestand im August 1930 die ärztliche Vorprüfung und am 1. Februar 1934 das medizinische Staatsexamen. Anschließend war ich 6 Monate in der Chirurg. Universitätsklinik Kiel und vier Monate im Städt. Krankenhaus in Kiel als Medizinalpraktikant tätig. Zur Zeit bin ich als Medizinalpraktikant in der Kieler Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten.